

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

6 мая 2010 г.

Регистрационный № 172-1208

**МЕТОД СНИЖЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
ТОНКОКИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ
СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Витебский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.Н. Шиленок, д-р мед. наук, проф.
Л.Н. Кирпиченок, А.В. Богданович

Витебск 2010

В раннем послеоперационном периоде у больных острой спаечной кишечной непроходимостью часто развиваются явления острой энтеральной недостаточности, которая в значительной степени обусловлена проксимальной микробной колонизацией тонкой кишки и, как следствие, крайне высокой протеолитической активностью кишечного химуса. Как показали наши исследования, высокий уровень бактериальных протеаз в просвете кишечника способствует усилению интоксикации, прогрессированию энтеральной недостаточности и может привести к тяжелому эндотоксикозу.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

5% раствор ϵ -аминокапроновой кислоты или овомин;
0,9% раствор NaCl;
шприц Жане.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Ранний послеоперационный период с развитием синдрома энтеральной недостаточности независимо от стадии (периода) патологического процесса (раннего, промежуточного, позднего) у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, которым произведена назогастроинтестинальная интубация, аспирация кишечного содержимого, интестинальный лаваж и последующая декомпрессия тонкой кишки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Индивидуальная непереносимость препаратов 5% ϵ -аминокапроновой кислоты или овомина.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Первый этап — интестинальный лаваж: в назогастроинтестинальный зонд, лучше 2–3-канальный, с помощью шприца Жане под давлением до 150 мм вод. ст. вводят 400 мл 0,9% раствора NaCl. Затем содержимое кишечника вместе с 0,9% раствором NaCl аспирируют. Эту процедуру можно повторить.

Второй этап — снижение протеолитической активности кишечного содержимого: 5% ϵ -аминокапроновую кислоту в количестве 200 мл или овомин 5 мл на 200 мл 0,9% раствора NaCl (концентрация рассчитана нами в опыте *in vitro*) вводят в назогастроинтестинальный зонд, последний пережимают на 30 мин.

Процедуру введения ϵ -аминокапроновой кислоты или овомина проводят через 12 ч, 2 раза в сут в течение 2–3 дней послеоперационного периода до восстановления перистальтики.

Как показали наши исследования, такая процедура приводит к уменьшению протеолитической активности кишечного содержимого. В 1-е

сут общая протеолитическая активность снижается по сравнению с контрольной группой на 35,4% ($p<0,05$), на 2-е сут — на 53% ($p<0,05$), на 3-и — на 43,7% ($p<0,05$).

Нормализация протеолитической активности способствует улучшению общего состояния больных, уменьшаются явления энтеральной недостаточности, появляется перистальтика, отхождение газов, нормализуются показатели сердечно-сосудистой системы, органов дыхания.

Назогастроинтестинальный зонд, как правило, удаляют на 3–4-е сут послеоперационного периода, в то время как в контрольной группе зонд удаляют на 4–6 сут после операции.

Таким образом, использование ингибиторов протеолитических ферментов, в частности, ϵ -аминокапроновой кислоты или овомина, является действенным методом коррекции протеолитической активности в содержимом тонкой кишки, повышает эффективность интестинального лаважа, способствует снижению энтеральной недостаточности и тяжести эндотоксикоза в раннем послеоперационном периоде, что позволяет применять энтеральное питание в более ранние сроки.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Использование метода не способствует развитию осложнений. Осложнений, связанных с использованием метода, не наблюдалось.